

· 临床研究 ·

59 例小肠出血的临床分析

崔红利,肖 潇,杨 均,王 军,李 丽,颜蓁先,兰春慧,陈东风[△]
(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科,重庆 400042)

摘要:目的 分析小肠出血疾病临床特征,丰富对小肠出血疾病的诊治经验。方法 59 例消化道出血均行胃、结肠镜检查,排除上、下消化道疾病,诊断小肠出血,分别予以小肠气钡双重造影、胶囊内镜、CT、CTA、血管造影或外科手术探查并针对此组小肠出血的病因就各种辅助检查的价值、治疗方式、效果及随访资料进行分析。结果 小肠出血性疾病中以血管发育不良和畸形最为多见,占本组病例的 52.5%,其次是小肠肿瘤占本组病例的 25.4%,炎性肠病占本组病例的 13.6%,Meckel 憩室占本组病例的 8.5%。结论 小肠出血以血管发育不良和畸形为多,除胶囊内镜、小肠镜以外,CT 及 CTA 检查有重要价值,治疗方法有常规的止血药物及生长抑素静脉给药到达止血目的,另外,血管介入治疗、手术探查及辅以内镜有重要价值。

关键词:胶囊内窥镜检查;血管造影术;小肠出血

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.012

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)18-2093-02

Clinical characteristics of 59 intestinal bleeding cases

Cui Hongli, Xiao Xiao, Yang Jun, Wang Jun, Li Li, Yan Qixian, Lan Chunhui, Chen Dongfeng[△]
(Department of Gastroenterology, Research Institute of Surgery, Daping Hospital,
Third Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective A retrospective clinical analysis for the small intestinal hemorrhage disease was performed in order to analyze the clinical features of this disease and rich the clinical diagnosis and treatment experience for intestinal bleeding diseases. **Methods** 59 patients were suspected for small intestine hemorrhagic disease. All the patients were performed with gastric or colonoscopy to eliminate the upper or lower gastrointestinal disease. Then they were respectively did the examination of small intestine gas barium double imaging, capsule endoscopy, CT, CTA angiography or surgical exploration. The value of all kinds auxiliary examination, the patterns and effects of treatment and the follow-up data were analyzed. **Results** Vascular dysplasia and deformity were the most common reason to result in the small intestine hemorrhagic disease. They took 52.5% in all of the cases. Small intestinal tumor was followed by, accounted for 25.4% of all the cases. Then the inflammatory bowel disease accounted for 13.6%, and the Meckel diverticulum accounted for 8.5% in of all the cases. **Conclusion** Vascular dysplasia and deformity are the main reasons to induce small intestinal hemorrhage disease according to analyzing the 59 patients. CT and CTA have important value for the diagnosis of this disease in addition to the capsule endoscopy and enteroscopy. The methods of treatment can be conventional hemostatic drugs or somatostatin intravenous drug to stop bleeding. Besides, the vascular interventional therapy, surgical exploration and complementary with intraoperative endoscopy have important value for treatment of this disease.

Key words: capsule endoscopy; angiography; small intestinal hemorrhage

消化道出血是消化系统的常见疾病,小肠出血大约占消化道出血的 2.1%~15.0%^[1]。小肠出血是指 Treitz 韧带到回盲瓣之间的肠道出血。根据既往的文献报道,在 50 岁以下的患者中病因以肿瘤最为多见,而在 60 岁以上的患者中病因则以血管畸形最为多见^[2-3]。小肠出血的病因复杂、临床表现无特异性、距离消化道两端距离远,再加上小肠较长、弯曲、移动度大,因此,尽管目前内镜和影像学检查技术不断提高,仍无有效的诊断方法。现通过回顾性分析本院 59 例小肠出血患者,总结小肠出血的病因、诊断及治疗经验,以提高小肠出血的诊治水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 59 例为 2008 年 1 月至 2012 年 6 月在本院收治的小肠出血患者,其中,男 40 例,女 19 例,年龄 15~75 岁,平均 42.3 岁。病程 6 d 至 7 年,平均 1.8 年。

1.2 临床特征 所有患者均有消化道出血表现,其中间断黑便患者 30 例,柏油样便 19 例,暗红色血便 7 例,仅有大便隐血阳性 3 例。伴有腹痛者 31 例,腹部包块 2 例,发热 10 例,体温

37.5~38.0℃,不全性肠梗阻 8 例。患者均有不同程度的贫血,血红蛋白浓度为 51~106 g/L,平均 73 g/L。

1.3 方法 所有患者均行胃镜及结肠镜检查排除了食管、胃、十二指肠、结肠及直肠出血。患者在发病期间不同时段接受过多种检查:胃镜 97 例次,全结肠镜检查 63 例次,小肠气钡双重对比造影 24 例次,胶囊内镜 15 例次,腹腔动脉造影 16 例次,腹部及盆腔 CT 扫描 66 例次,所有患者均拟诊小肠出血,其中 27 例患者行剖腹探查或胃肠镜术中双镜联合配合检查,最终经手术和病理活检证实。

2 结果

本组 59 例患者中血管发育不良和畸形 31 例(52.5%),小肠肿瘤 15 例(25.4%),其中,良性肿瘤患者 13 例(平滑肌瘤 4 例,间质瘤 2 例,腺瘤性息肉 7 例),恶性肿瘤患者 2 例(腺癌 1 例,平滑肌肉瘤 1 例);炎性肠病 8 例(13.6%),Meckel 憩室 5 例(8.5%)。

2.1 小肠出血的诊断 59 例患者经胃镜和结肠镜排除了上消化道出血后进一步行相关检查。其中,32 例未经手术明确

诊的患者,15 例胶囊内镜检查(小肠间质瘤 1 例,腺瘤性息肉 2 例,平滑肌瘤 3 例,未见异常 9 例),阳性率 40%。59 例 CT 及 CTA 检查(其中血管发育不良、畸形患者 6 例,小肠间质瘤 1 例,Meckel 憩室 2 例,平滑肌瘤 1 例,息肉 4 例,炎症性肠病 2 例,未见异常 43 例),阳性率 27%,24 例气钡双重造影(其中 Meckel 憩室 1 例,炎症性肠病 1 例,未见异常 22 例),阳性率 8.3%。血管造影 16 例(其中血管发育不良、畸形患者 5 例,炎症性肠病 3 例,未见异常 8 例),阳性率 50%。本组 27 例最终手术的患者,术前因患者病情危重,未能行胶囊内镜及小肠镜检查,故均行全腹部 CT 扫描及血管重建,且 27 例手术患者中 25 例行组织病理学诊断,这些患者腹部 CT 检查与病理结果符合率为 81.4%,其中小肠肿瘤 3 例(平滑肌肉瘤 1 例,平滑肌瘤 1 例,息肉 1 例),1 例小肠腺癌患者 CT 检查结果报告为小肠血管瘤。剖腹探查诊断与组织病理学诊断符合率 91.6%,其中 2 例手术诊断为肿瘤,组织病理学诊断为血管畸形,有 2 例患者手术仍未确诊。

2.2 治疗及随访 27 例手术患者,25 例经手术治疗治愈,另 2 例经手术后仍未确诊的,术后家属放弃治疗,自动出院。32 例未手术的确切病例,20 例经过止血药物及生长抑素静脉给药到达止血目的,出血停止。2 例经过止血药物及生长抑素静脉给药疗效欠佳,给予日达仙每次 1.6 mg,1 次/天,皮下注射,患者出血停止出院(原因尚不明确)。10 例患者血管介入针对出血部位定位栓塞、肠系膜动脉安置动脉泵泵入生长抑素控制出血,疗效好。25 例手术治疗患者,分别术后随访 18 个月均未出血,另外 32 例非手术患者治疗出血停止,出院随访 18 个月未出血。2 例患者家属放弃治疗自动出院,分别于出院后 7 个月和 12 个月再次出血,原因不明,其余患者未见再次出血及贫血。

3 讨论

小肠大约有 6~7 米长,位于消化道的中段,是胃肠道中最难检查确诊的部分,再者,由于小肠出血病因多样、病情复杂,因此,目前很难对于小肠出血进行精确的诊断^[4]。及时准确地对出血进行病因诊断是临床上选择正确的治疗措施的基础^[5]。近年来,随着内镜和影像学技术的迅猛发展,消化系统的诊疗水平有了长足的进步^[6]。小肠出血的病因国内外报道不尽相同,国外学者认为小肠出血中最常见的病因为血管发育不良,约占小肠出血的 70%~80%^[7],其次为肿瘤。而中国学者则报道不一,大多数国内学者认为小肠出血最常见的病因是肿瘤,约占小肠出血的 49%~67%^[8]。从本组病例来看,肿瘤在小肠出血中占 25.4%,而血管发育不良和畸形则占 52.5%。本组小肠出血患者所使用的检查方法在检出率方面比较无显著差异,说明目前仍然没有特异性高的有效检查方法,这也和小肠的特殊解剖结构有关。因此,目前对于小肠出血的患者如何选择检查手段提高临床诊断水平,仍然是值得探索的课题。

Nguyen 等^[9]认为小肠气钡双重造影在小肠出血的检查中阳性率可达到 10%左右。本组气钡双重造影检查结果阳性率为 8.3%,在本组中气钡双重造影阳性发现患者的病因主要为 Meckel 憩室和炎症性肠病。小肠气钡双重造影是诊断小肠出血的常用检查方法,该方法具有阳性率低、定位准确的特点。研究表明在行选择性肠系膜上动脉造影检查后,仍然有 24%~60%的患者小肠出血不能确诊^[10]。由于在出血期或者出血速度低于 0.5 mL/min 时进行血管造影检查无法获得阳性结果,此外,由于失血量导致的小动脉痉挛也会使血管造影呈现阴

性结果。核素扫描由于其敏感性较选择性血管造影高(出血速度达到 0.1 mL/min),也是目前诊断小肠出血的较好的检查手段。但由于核素扫描需要在活动性出血时才具有较高的检出率。许多患者在进行核素扫描时出血已经停止或者出血量少,其阳性率较低,因此,本科未采用核素扫描对小肠出血患者进行检查。腹部 CT 检查在小肠出血的诊断中具有以下优势:(1)无创、检查速度快、可重复性好;(2)检出率高,对诊断小肠出血准确率高,尤其是动脉期对活动性出血的检出率更高;(3)能清晰显示小肠出血的血管起源、病变、范围,不仅能够显示内脏小血管,而且能够识别出血血管、出血范围及出血血管的起源。此外,CT 检查还能够显示血管畸形、血管炎等病变,可以了解血管有无血栓、狭窄、闭塞等改变,明确出血原因,因此,腹部 CT 检查在小肠出血的诊断中的作用越来越受到重视^[11-12]。

在本组病例中尽管进行了定位诊断,但术前未明确诊断的患者为 27 例(45.7%),其中 16 例患者在剖腹探查术中明确诊断,有 9 例患者在术中经小肠切开行内镜辅助检查方才明确诊断,2 例患者未能明确诊断,术后仍未明确诊断提示,剖腹探查配合术中内镜可提高诊断率及指导手术切除肠段的范围。

对于小肠出血的治疗一般认为患者首先可行内科保守治疗,使用止血药物静脉给药、血管介入针对出血部位定位栓塞、肠系膜动脉安置静脉泵泵入生长抑素控制出血及针对原发病进行治疗;对于有手术禁忌证及不能耐受手术的患者可行小肠镜下电凝止血治疗。小肠出血的手术适应证:(1)经各种临床检查仍不能明确病因的小肠出血;(2)小肠肿瘤患者;(3)通过介入手段无法治疗的血管畸形所致小肠出血的患者;(4)病变部位局限或炎症性肠病伴穿孔、梗阻、大出血的患者;(5)内科治疗无效的患者。手术方式可作如下选择:对于小的血管瘤可行小肠楔形切除,对于较大的血管瘤、血管畸形、小肠良性肿瘤、小肠憩室、局限性炎症性肠病患者可行肠段切除术。对于恶性肿瘤所致的小肠出血,原则上力争行根治性切除,必要时可考虑行姑息性切除术,以改善患者症状,延长患者生存时间。

小肠出血诊断治疗难度较大。本组共 59 例,有 2 例患者即使剖腹探查仍未能明确病因。根据病因来看,血管发育不良和畸形为首位,占 52.5%;腹部 CT 扫描及腹腔动脉造影对小肠出血诊断及治疗作用值得重视。内科治疗可使用止血药物静脉给药、血管介入针对出血部位定位栓塞、肠系膜动脉安置动脉泵泵入生长抑素控制出血;不宜手术患者可行小肠镜下电凝止血治疗。经各种临床检查仍不能明确病因的小肠出血患者可外科剖腹辅助术中内镜探查^[13-14],以明确诊断并进行相关治疗。

参考文献:

- [1] 王成宏. 血管介入技术在小肠出血诊治中的作用[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 3(1): 52-54.
- [2] Ghosh S, Watts D, Kinnear M. Management of gastrointestinal haemorrhage[J]. Postgrad Med J, 2002, 78(15): 4-14.
- [3] Concha R, Amaro R, Barkin JS. Obscure gastrointestinal bleeding: diagnostic and therapeutic approach[J]. J Clin Gastroenterol, 2007, 41(3): 242-251.
- [4] Shishido T, Oka S, Tanaka S, et al. Diagnostic yield of capsule endoscopy vs. double-balloon endoscopy for patients who have undergone total enteroscopy with obscure gastrointestinal bleeding [J]. Hepatogastroenterology, 2012, 59(11): 955-959. (下转第 2097 页)

似、甚至更好^[13]。该组入选病例均为永久性 AF, 时间都在 1 年以上, 左房径平均在 55 mm, 个别超过 70 mm, 能有这样的结果, 也预示该方式的效果甚至可能超过经房间沟消融。

在手术时间上看, 平均要比非消融组增加大约 30 min, 体外循环时间也大致如此, 提示整个消融耗时大约在 30 min 左右, 与其他的 research 相似^[14]。主动脉阻断时间增加大约 20 min, 是因为右房消融和部分肺静脉隔离是在并体循环下完成。

参考文献:

- [1] Zhang DS. Atrial fibrillation in mainland china: epidemiology and current management [J]. *Heart*, 2009, 95 (9): 1052-1055.
- [2] Hua YL, Schaff HV, Orszulak TA, et al. Outcome of mitral valve repair in patients with preoperative atrial fibrillation. Should the maze procedure be combined with mitral valvuloplasty [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 1994, 107 (3): 408-415.
- [3] Handa N, Schaff HV, Morris JJ, et al. Outcome of valve repair and the Cox maze procedure for mitral regurgitation and associated atrial fibrillation [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 1999, 118 (5): 628-635.
- [4] Cox JL, Schuessler RB, D'Agostino HJ, et al. The surgical treatment of atrial fibrillation. III. Development of a definitive surgical procedure [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 1991, 101 (5): 569-583.
- [5] Cox JL, Jaquiss RD, Schuessler RB, et al. Modification of the maze procedure for atrial flutter and atrial fibrillation. II. Surgical technique of the maze III procedure [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 1995, 110 (4): 485-495.
- [6] Meir ML, Gelsomino S, Lucà F, et al. Minimally invasive thoracoscopic hybrid treatment of lone atrial fibrillation: early results of monopolar versus bipolar radiofrequency source [J]. *Interact Cardio Vasc Thorac Surg Apr*, 2012, 14 (4): 445-450.
- [7] 张大国, 刘秀伦, 范寿年, 等. 换瓣术中单极和双极射频消融治疗风湿性心脏病合并心房纤颤的临床研究 [J]. *重庆医学*, 2012, 41 (11): 1114-1117.
- [8] Gillinov AM, McCarthy PM. Atricure bipolar radiofrequency clamp for intraoperative ablation of atrial fibrillation [J]. *Ann Thorac Surg*, 2002, 74 (17): 2165-2168.
- [9] Gillinov AM, Blackstone EH, McCarthy PM. Atrial fibrillation: current surgical options and their assessment [J]. *Ann Thorac Surg*, 2002, 74 (19): 2210-2217.
- [10] Mohr FW, Fabricius AM, Falk V, et al. Curative treatment of atrial fibrillation with intraoperative radiofrequency ablation: short-term and midterm results [J]. *Thorac Cardiovasc Surg*, 2002, 123 (8): 919-927.
- [11] Minakata K, Yunoki T, Yoshikawa E, et al. Predictors of success of the modified maze procedure using radiofrequency device [J]. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 2011, 19 (1): 33-38.
- [12] Voeller RK, Bailer MS, Zierer A, et al. Isolating the entire posterior left atrium improves surgical outcomes after the Cox maze procedure [J]. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2008, 135 (4): 870-877.
- [13] Sternik L, Luria D, Glikson M, et al. Efficacy of surgical ablation of atrial fibrillation in patients with rheumatic heart disease [J]. *Ann Thorac Surg*, 2010, 89 (12): 1437-1442.
- [14] Nakajima H, Kobayashi J, Bando K, et al. The effect of cryo-Maze III procedure on early and intermediate term outcome in mitral valve disease: case matched study [J]. *Circulation*, 2002, 106 (1): 146-150.

(收稿日期: 2012-12-08 修回日期: 2013-02-20)

(上接第 2094 页)

- [5] Westerhof J, Koornstra JJ, Hoedemaker RA, et al. Diagnostic yield of small bowel capsule endoscopy depends on the small bowel transit time [J]. *World J Gastroenterol*, 2012, 18 (13): 1502-1507.
- [6] Rockey DC. Occult and obscure gastrointestinal bleeding: causes and clinical management [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2010, 7 (5): 265-279.
- [7] Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2009, 11 (6): 637-646.
- [8] 张晨莉, 钟捷, 张吉, 等. 推进式双气囊电子小肠镜对不明原因小肠出血的病因诊断 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2004, 21 (6): 381-384.
- [9] Nguyen NQ, Rayner CK, Schoeman MN. Push enteroscopy alters management in a majority of patients with obscure gastrointestinal bleeding [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2005, 20 (5): 716-721.
- [10] Sass DA, Chopra KB, Finkelstein SD, et al. Jejunal gastrointestinal stromal tumor: a cause of obscure gastrointestinal bleeding [J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2004, 128 (2): 214-217.
- [11] Cui J, Huang LY, Wu CR. Small intestinal vascular malformation bleeding: diagnosis by double-balloon enteroscopy combined with abdominal contrast-enhanced CT examination [J]. *Abdom Imaging*, 2012, 37 (1): 35-40.
- [12] Triester, Leighton JA, Leontidis GI, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding [J]. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100 (21): 2407-2418.
- [13] 张齐联, 年卫东, 王化虹, 等. OMOM 胶囊内镜临床应用的初步评价 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2005, 22 (1): 86-89.
- [14] 朱森林, 陈旻湖, 胡品津. 胶囊内镜检查对小肠疾病的诊断价值 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2003, 20 (2): 240-242.

(收稿日期: 2012-12-03 修回日期: 2013-02-10)